

DE QUELQUES CAS
DE
KYSTES CONGÉNITAUX
DU COU

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 9 Mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Léon LANTZMANN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

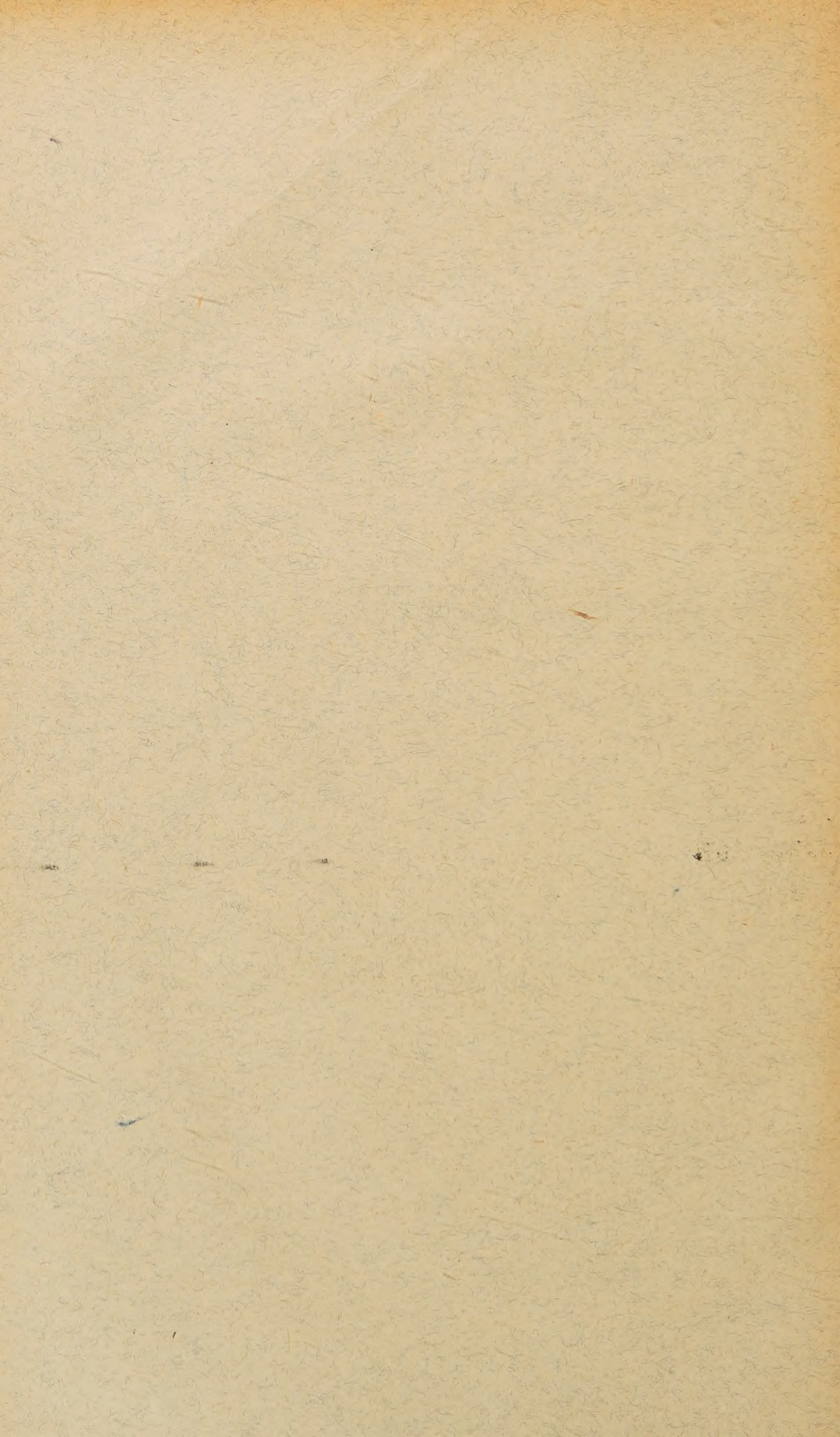
Né à Nancy (M.-et-M.), le 19 Octobre 1885

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HERRGOTT, Professeur.	<i>Président</i>
		SPILLMANN, Professeur.	} <i>Juges.</i>
		FRÉLICH, Agrégé . . .	
		FRUHINSHOLZ, Agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GERBER & PETITCOLAS
1, Boulevard d'Alsace-Lorraine et 5, Place Ste-Marie

1909



DE QUELQUES CAS
DE
KYSTES CONGÉNITAUX
DU COU

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 9 Mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Léon LANTZMANN

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Nancy (M.-et-M.), le 19 Octobre 1885



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HERRGOTT, Professeur.	Président,
	SPILLMANN, Professeur.	Juges.
	FRÉLICH, Agrégé.	
	FRUHINSHOLZ, Agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE GERBER & PETITCOLAS

1, Boulevard d'Alsace-Lorraine et 5, Place Ste-Marie

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS O *, I O.

Assesseur : M. BERNHEIM *, I O.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I O, NICOLAS, I O, PRENANT, I O.

Professeurs.

Clinique médicale	M. BERNHEIM *, I O.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O *, I O.
Physique médicale.	M. CHARPENTIER *, I O.
Médecine opératoire.	M. CHRÉTIEN, I O.
Clinique chirurgicale.	M. WEISS *, I O.
Chimie médicale et Toxicologie.	M. GARNIER, I O.
Clinique médicale.	M. SPILLMANN, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements . . .	M. A. HERRGOTT, *, I O.
Hygiène.	M. MACÉ, I O.
Thérapeutique et Matière médicale.	M. SCHMITT, I O.
Physiologie	M. MEYER, I O.
Pathologie gén. et Pathologie interne	M. SIMON, I O.
Histoire naturelle médicale.	M. VUILLEMIN, I O.
Clinique ophtalmologique.	M. ROHMER, I O.
Médecine légale	M. PARISOT, I O.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I O.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A O.
Histologie.	M. BOUIN, I O.

Professeurs-Adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLCZ, I O.
Pathologie externe.	M. VAUTRIN, I O.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I O, agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A O, agr. ch. du c.
Accouchements	M. SCHUHL, I O, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique d'orthopédie (1).	M. FRÉLICH, I O, agrégé lib., ch. du c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1) . . .	M. JACQUES, I O, agrégé lib., ch. du c.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I O, agrégé lib., ch. du c.
Anatomie pathologique.	M. HOCHÉ, I O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales.	M. PARIS, A O, chargé du cours.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I O.	MM. RICHON, A O.	MM. DUFOUR, A O.
L. SPILLMANN, A O.	G. GROSS, A O.	SENCERT, A O.
MICHEL, A O.	FRÜHNSHOLZ, A O.	ROBERT A O.
HOCHÉ, I O.	COLLIN, A O.	

Agrégés libres

MM. REMY, A O, FÉVRIER, *, I O, ETIENNE, I O,
ZILGIEN, A O, FRÉLICH, I O, SCHUHL, I O, JACQUES, I O, ANDRÉ, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, M. I O, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*En souvenir de ma profonde affection
et de mon infinie reconnaissance*

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur HERRGOTT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

A la veille de quitter la Faculté de Médecine de Nancy, il nous reste un bien doux devoir à remplir, celui de remercier les Maîtres qui ont bien voulu nous montrer quelque estime, au cours de nos études.

M. le Professeur HERRGOTT nous a fait un bien grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Nous avons été son externe l'hiver dernier et nous avons suivi avec intérêt ses leçons et ses cliniques de la Maternité, où l'esprit se mêlait, non sans quelque charme, à un enseignement clair et précis. Qu'il veuille bien recevoir nos remerciements.

Que MM. les Professeurs GROSS, HAUSHALTER, HOCHÉ, FÉVRIER veuillent bien agréer ici le témoignage de notre profond respect et de notre vive gratitude pour les précieux enseignements qu'ils nous ont donnés au lit du malade, du temps que nous étions leur externe.

Que M. le Professeur SPILLMANN, à qui nous devons nos premières notions de médecin, reçoive ici l'hommage de reconnaissance et les bien vifs remerciements de son ancien externe.

M. le professeur agrégé FRUHINSHOLZ, dont nous avons su apprécier le mérite et la complaisance nous a obligé en faisant partie du jury de notre thèse. Nous l'en remercions beaucoup.

Nous nous faisons également un devoir d'assurer de notre entière reconnaissance M. le professeur agrégé FRÆLICH qui nous donna le sujet de notre thèse, nous prodiguant ses avis judicieux et ses conseils éclairés. Aussi emportons-nous de ce Maître aimable et dévoué un souvenir inoubliable.

Merci enfin à tous nos Maîtres de la Faculté pour les connaissances qu'ils nous ont fait acquérir, et l'intérêt qu'ils nous ont témoigné pendant le cours de nos études.

Nous sommes également heureux de saisir l'occasion qui nous est offerte pour remercier de leur sympathie les amis que des études communes nous ont procurés, en particulier, les docteurs BRABANT, COULET, GOURAND, etc. Que tous ceux enfin que nous eûmes le plaisir de fréquenter, reçoivent ici le plus sincère témoignage de notre sympathie.

INDICATION - DIVISION DU SUJET

Nous avons eu l'occasion, durant nos études médicales, d'observer, au service de clinique chirurgicale infantile de M. le Professeur agrégé FRÉLICH, plusieurs cas de kystes congénitaux du cou. De ces cas, les uns ont trait aux kystes branchiaux, d'autres, aux kystes séreux, les derniers enfin se rapportent aux kystes désignés sous la dénomination d'angiomateux.

L'histoire de ces kystes congénitaux du cou est fort ancienne. CELSE, chez les Romains, parlait déjà de petites tumeurs enkystées, développées entre la trachée et la peau, à contenu semblable à du miel, à de l'eau et où se trouvaient mélangés parfois, des poils avec de petits os: *interdum etiam minutis ossibus pilis immixti*.

Mais il faut arriver au xix^e siècle pour avoir quelques notions précises sur leur structure histologique ainsi que des essais d'explication pathogénique.

Les travaux d'HEUSINGER en 1839, sur la pathogénie des fistules congénitales du cou, établissent les relations de ces kystes avec les fentes branchiales de l'embryon.

En Angleterre, César HAWKINS étudie pour la première fois les kystes séreux congénitaux et signale les adhérences que ces tumeurs peuvent avoir avec les organes profonds, carotide, jugulaire interne, pneumogastrique, créant ainsi de sérieuses difficultés opératoires et des dangers d'hémorragie.

LUCKE en 1861 émet une pathogénie, qui fait de ces tumeurs des kystes inclus dans des ganglions. NEUMANN et BAUMGARTEN en 1877, repoussent cette théorie pour admettre une origine branchiale de ces néoformations.

LANNELONGUE et ACHARD font paraître en 1886 leur traité des kystes congénitaux du cou où sont résumés tous les travaux antérieurs sur la question et exposées les théories pathogéniques en cours.

Se basant sur la structure de la paroi des kystes et non plus sur leur contenu, ils classent ces tumeurs en deux grands groupes : 1^o kystes branchiaux d'un côté, subdivisés eux-mêmes en kystes dermoïdes et mucoïdes ; 2^o kystes séreux qu'ils considèrent comme de nature toute différente et dont ils font des lymphangiomes.

KIRMISSON en 1898 publie dans son traité des kystes congénitaux, quelques observations personnelles.

Depuis ces dernières années, les travaux de DELAGENIÈRE 1898, de JEANBRAU 1900, de TERRIER et LECÈNE 1905, de FORGUE et MASSABUAU 1908, permettent, grâce à la documentation plus précise, et à l'analyse histologique, détaillée dans certains cas, de se faire une idée d'ensemble sur ces tumeurs si spéciales.

Après avoir présenté nos observations, but modeste

de notre thèse inaugurale, nous avons, tout en nous inspirant des auteurs précités, fait, un court résumé d'anatomie pathologique ; présente l'état actuel de la question au point de vue pathogénique et étiologique ; esquissé la symptomatologie et le diagnostic différentiel de ces tumeurs ; terminé enfin par un aperçu des différentes méthodes de traitement employées actuellement par les différents chirurgiens, en en précisant les indications.



CHAPITRE I^{er}

OBSERVATIONS

A. — Kystes branchiaux

OBSERVATION I

La nommée Delphine Ch..., petite fille âgée de 4 ans, est amenée le 8 mars 1908 à la clinique de chirurgie infantile de M. le professeur agrégé Frœlich.

L'enfant porte sur le côté gauche du cou, un peu en avant du muscle sterno-cléido-mastoïdien, une petite tumeur ombiliquée oblongue, d'une étendue de quatre centimètres, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur avait au moment de la naissance de la fillette la grosseur d'une petite noisette ; elle a grossi progressivement jusqu'à atteindre le volume actuel. La tumeur est très mobile sur les parties profondes ; la peau est également mobile au devant d'elle, sauf vers le centre de sa surface, où elle se trouve déprimée, dessinant alors une sorte d'ombilic adhérent au kyste. On met en évidence cette adhérence en soulevant la peau, qui reste déprimée en ce point, tandis qu'elle glisse sur le reste du kyste.

La coloration de la peau est brunâtre.

On peut facilement obtenir la fluctuation de la peau. La

consistance est mollassse. Le contenu du kyste est irréductible.

Opération le 14 mars 1908. — Incision le long du trajet du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. On procède alors à la dissection du kyste, dissection rendue pénible par la minceur de la paroi de la poche, qui se laisse dilacérer facilement. On excise alors la majeure partie de la poche d'où il sort immédiatement un liquide muqueux, filant, très visqueux. On juge inutile de poursuivre plus loin la dissection ; on racle avec la curette le prolongement et on fait quelques points de suture.

Il se produit de la suppuration durant quelque temps.

Néanmoins, l'enfant quitte le service trois semaines après, presque complètement guérie.

Examen histologique. — Le contenu est liquide, filant, visqueux, d'aspect clair. La paroi est revêtue d'un épithélium stratifié ; les cellules profondes sont cubiques, les moyennes polyédriques, les superficielles aplaties.

OBSERVATION II

Renée G... vient à la consultation de M le professeur agrégé Frœlich le 16 novembre 1908. C'est une petite fille de 2 ans environ, bien constituée et qui ne présente aucune particularité à signaler au point de vue antécédents héréditaires et collatéraux.

Les parents auraient constaté depuis sa naissance l'existence, sur la partie latérale gauche du cou, d'une petite tumeur grosse comme une noisette, qui augmenta de volume peu à peu.

A son entrée dans le service, on trouve du côté gauche du cou, au devant du sterno-cléido-mastoïdien, une tumeur grosse comme un petit œuf. Le siège exact est situé entre

la base de la langue, la trachée et le pharynx. Elle est mobile sous la peau, qui a conservé ses caractères normaux. La palpation de la tumeur révèle une légère fluctuation, mais pas de réductibilité. En comprimant la tumeur on produit quelques phénomènes de suffocation, de l'enrouement, du tirage. Quand l'enfant pleure les mêmes phénomènes se produisent.

On procède à l'extirpation du kyste le 21 novembre 1908. L'incision de la peau fait apparaître le kyste qui se trouve, en effet, logé entre l'os hyoïde, le larynx et la base de la langue. On sent le cartilage thyroïde et l'os hyoïde faire saillie dans son intérieur. La paroi de la poche est assez épaisse. L'incision donne issue à un liquide séreux, puriforme. Nulle trace de masse caséuse.

Une partie seulement de la poche est extirpée. L'autre est raclée à la curette et cautérisée à la teinture d'iode. La poche, qui a les dimensions d'une étendue d'un petit doigt dans le sens de la longueur sur un centimètre et demi de diamètre, est bourrée par une lanière de gaze iodoformée.

Une partie de la poche est envoyée à l'examen histologique, qui démontre la présence dans la paroi kystique d'épithélium cylindrique, mais sans cils vibratils, le tout entouré de tissu fibreux avec quelques fibres musculaires.

La malade quitte le service au bout de huit jours.

Actuellement, il existe une petite fistule qui suppure encore quelque peu. On fait tous les deux jours des pansements avec des lanières imbibées d'une solution de teinture d'iode.

OBSERVATION III

Il s'agit d'un enfant de 7 ans, Marcel D..., qui vient à la consultation de la clinique chirurgicale infantile le 4 janvier 1909.

Cet enfant aurait présenté à la naissance une tumeur



FIG. 1.

Marcel D... — Fistule consécutive à un kyste branchial

grosse comme une orange sise à la partie médiane du cou, avec tendance à aller à droite.

Le diagnostic de kyste ayant été posé on fit une première incision d'où il résulta une fistule qui ne se ferma point depuis.

Actuellement la fistule semble se continuer dans la pro-

fondeur par un cordon dur au toucher jusqu'au dessus de la partie médiane de l'os hyoïde, puis on perd le trajet. Les parois du trajet sont dures. La fistule laisse s'écouler une quantité variable de liquide d'aspect lactescent.

Cette fistule est en cul-de-poule et revêtue d'une sorte d'opercule qui la recouvre complètement quand l'enfant a le cou baissé. Le cathétérisme du trajet avec un stylet ne permet pas d'aller plus loin qu'un centimètre environ. Ce cathétérisme ne provoque aucun phénomène de suffocation, de toux, de déglutition.

On procède le 8 janvier à l'excision du trajet. Le trajet central a des parois épaisses, entourées d'une zone lie de vin. Il passe au-dessous de la partie moyenne de l'os hyoïde, et de là, se continue de moins en moins épais dans les muscles de la langue où il se perd. La longueur du trajet extirpé est évaluée à quatre centimètres et demi environ.

Le malade prend la rougeole quelques jours après l'opération et est évacué au service des contagieux. Il en sort néanmoins guéri, la réunion de la plaie opératoire s'étant faite par première intention.

Une portion du trajet est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le professeur agrégé Hoche qui en fait l'examen histologique.

Le fragment recouvert en un point par un épithélium pavimenteux stratifié, est constitué par un tissu fibreux vasculaire, analogue au tissu conjonctif sous-cutané. Il contient un espace tapissé d'un épithélium cylindrique stratifié à cils vibratils, espace que la coupe intéresse en une région dans un sens longitudinal, à côté, en sens transversal. En ce dernier point, l'épithélium recouvre des saillies fibro-vasculaires, formant éperon dans la cavité, ce qui crée un aspect étoilé. En somme il s'agit vraisemblablement d'un vestige de fente branchiale, avec suppuration.

B. — Kystes séreux

OBSERVATION IV

C'est une petite fille de trois ans, Jeanne C. ., portant sur le côté gauche du cou une tumeur congénitale actuellement du volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur a



FIG. 2.

Jeanne C... — Kyste séreux du cou.

été aperçue quelques mois après la naissance ; elle était petite et ne s'est mise à acquérir ses dimensions actuelles que depuis quelques mois.

La peau qui la recouvre est saine, nullement adhérente ; la tumeur a une consistance mollassse, rappelant celle que

donne une varicocèle ; elle est partiellement réductible, fluctuante quand on en isole une portion ; cette palpation fait percevoir un frémissement analogue à celui du liquide d'un hydrocèle en bissac.

L'auscultation ne révèle rien de particulier, ni souffle, ni thrill.

Un prolongement de la tumeur passe au-dessus de la clavicule, un autre prolongement se dirige en arrière de cet os, un troisième va vers la région postérieure du cou.

Le diagnostic élimina facilement l'abcès froid, le kyste branchial, le lipome ; il resta indécis entre l'angiome et le kyste séreux congénital ou lymphangiome caverneux. C'est cependant ce dernier qui fut adopté. L'absence de veinosité sur la peau, le peu de turgescence de la tumeur pendant les cris de l'enfant et cela malgré les dires contraires de la mère, l'absence de souffle à l'auscultation, la fluctuation nette perçue, grâce à certains artifices, permirent de rejeter l'idée d'un angiome.

On se décide à faire l'extirpation de la tumeur qui fut pratiquée le 23 janvier 1908.

Il s'agissait bien d'un lymphangiome caverneux. Le liquide était de couleur blanchâtre d'aspect chyleux ; la poche était très anfractueuse, toutes les poches communiquaient sauf deux d'entre elles, la paroi en était d'une minceur extrême, les vaisseaux, les nerfs, la graisse transparaisaient. Le tout avait l'aspect de tissu cellulaire lâche injecté de lait. L'extirpation fut plus difficile à cause de cette minceur. Le prolongement vers le médiastin fut touché à la teinture d'iode et bourré de gaze salolée. Aucune réaction, guérison en huit jours. La poche examinée histologiquement, indique des parois fibro-musculaires, mais n'a pas permis de déterminer nettement l'endothélium caractéristique du lymphangiome.

OBSERVATION V

Il s'agit d'un enfant de trois mois, Raymond T..., ne présentant rien de particulier au point de vue antécédents héréditaires. On remarqua à sa naissance une tumeur située à la partie antéro-latérale droite du cou, du volume d'une mandarine. La tumeur se développa peu à peu au



FIG. 3.

Raymond T... — Kyste séreux du cou.

point d'avoir à un certain moment le volume de la tête de l'enfant. La palpation donnait la sensation de fluctuation.

Une première ponction fut pratiquée à l'âge de deux mois, ponction qui donna lieu à une quantité évaluée à 500 grammes d'un liquide citrin, dans lequel l'analyse chi-

mique révéla la présence d'une notable quantité d'albumine.

L'enfant se présente à la clinique un mois plus tard. Il est alors porteur d'une tumeur grosse comme une orange du côté droit du cou. A la palpation on note une parfaite mobilité de la tumeur dans la profondeur. La peau peu tendue à la surface, est normale et libre de toute adhérence. La consistance de la tumeur est molle avec quelques petits points durs donnant une sensation cartilagineuse et gros comme de petites noisettes, correspondant sans doute à de petits kystes secondaires. La fluctuation est nette et on obtient une réduction partielle du contenu de la poche. Pas de souffle à l'auscultation.

On pratique une deuxième ponction qui donne issué au même liquide citrin mais dont la quantité ne dépasse point 250 grammes.

On ne procède pas à l'extirpation de la poche kystique, vu l'âge du sujet.

Depuis, l'enfant a guéri complètement après une incision de la poche, écrasement de quelques petits kystes adhérents à la paroi interne et tamponnement à la gaze salolée.

OBSERVATION VI

Juliette A..., âgée de 21 mois est présentée à la clinique chirurgicale infantile le 19 octobre 1908. Les parents sont bien portants. Pas d'antécédents collatéraux. On aurait remarqué à la naissance de l'enfant, l'existence d'une petite grosseur, sur la partie latérale gauche du cou, grosseur qui se serait développée depuis.

Actuellement, on se trouve en présence d'une tumeur, du volume d'une grosse amande, occupant la région latérale gauche du cou, principalement vers la partie postérieure,

empiétant quelque peu sur la région parotidienne. Les bords en sont bien délimités et elle se trouve mobile dans la profondeur.

Les téguments qui la recouvrent sont également mobiles sur elle, sans être notablement distendus. Ils ont gardé leur coloration normale.

Au palper, on perçoit une sensation vaguement rénitente. La fluctuation est assez nette ; par compression on arrive à réduire presque complètement le contenu de la tumeur.

L'auscultation ne révèle pas de souffle.

Cette tumeur n'a jamais occasionné de troubles fonctionnels, ni de la respiration, ni de la déglutition.

L'enfant n'ayant pas été opérée, la ponction n'ayant jamais été pratiquée, le diagnostic supposé de kyste séreux n'a pu être confirmé.

C. — Angiomes kystiques

OBSERVATION VII

Henri C... est un petit garçon de 7 ans, qui vient à la consultation de M. le professeur agrégé Frœlich, le 23 juin 1908.

Il présente au niveau de la région parotidienne, une tumeur du volume d'une grosse noix, entourant à la façon d'un fer à cheval l'oreille gauche.

Peu volumineuse à son apparition, à l'âge de 2 ans, elle s'est développée surtout vers l'âge de 5 ans ; elle acquit alors le volume actuel.

La peau qui recouvre la tumeur est peu distendue et offre un aspect légèrement bleuté. Elle est parfaitement mobile sur la tumeur. Celle-ci est assez généralement arrondie ; deci-delà, on note quelques petites bosselures que circonscrivent des sillons peu accusés.

Au toucher la consistance est mollassse, comme spongieuse.

Par compression, on obtient une réduction partielle du contenu du kyste. Le palper y fait percevoir également quelques petits nodules résistants, de consistance dure, cartilagineuse. Quand le petit malade crie et fait des efforts, la tumeur semble augmenter légèrement de volume. Pas de symptômes de suffocation.

Opération. — On procède à l'extirpation du kyste le 28 juin 1908. On pratique une incision suivant le grand diamètre de la tumeur, incision convexe en arrière. La tumeur apparaît alors. Elle s'enfonce dans la glande parotide, et semble se continuer, sans ligne de démarcation bien définie, avec le tissu glandulaire. On dissèque la poche kystique, non sans quelques difficultés, et, le pédicule ayant été préalablement ligaturé, on en fait l'extirpation.

Les coupes de la tumeur font apparaître des cavités très nombreuses, renfermant les unes du liquide sanguin plus ou moins dense, plus ou moins coloré, les autres du liquide séreux, jaune citrin, légèrement albumineux.

Les parois des cavités, examinées au microscope, après imprégnation au nitrate d'argent, présentent un revêtement endothélial, analogue à celui des veines. Le stroma est constitué par de petits vaisseaux, des faisceaux conjonctifs et des fibres élastiques.

OBSERVATION VIII

Il s'agit d'une petite fille, Léontine B..., âgée de 2 ans, qui a été amenée à la consultation de clinique infantile le 20 mars 1906 pour une tumeur siégeant à la région pariétale gauche, au-dessus et vers la partie inférieure de l'oreille.

Son histoire est la suivante : à sa naissance, ses parents

remarquèrent au-dessus de l'oreille une petite tumeur du volume d'un gros pois de couleur bleuâtre. Six semaines après, elle était grosse comme une noisette, elle se tendait quand l'enfant criait. Son développement fut lent mais progressif jusqu'il y a un an, où, à l'occasion d'une coqueluche, l'augmentation fut rapide.

Depuis quelques semaines, sans raison aucune, la tumeur grossit de nouveau assez notablement.

A l'examen, nous voyons une fillette bien constituée et même forte, d'un développement intellectuel un tout petit peu au dessous de la moyenne, et qui présente en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille une tumeur du volume d'une mandarine, échancrée à sa partie inférieure pour y loger la partie supérieure du conduit auditif ; elle entoure ce dernier comme un fer à cheval. Elle repousse en avant le pavillon de l'oreille en refoulant le cartilage avec lequel elle est en connexion intime.

En arrière elle descend jusqu'à la région mastoïdienne ; en haut elle empiète sur le pariétal.

La peau qui recouvre la tumeur est normale en certains points, en d'autres, elle a des rellets bleuâtres ; elle glisse en général sur la tumeur, mais par place elle y adhère.

La tumeur en totalité est mobile sur la boîte crânienne sous-jacente. Elle est reniten'e par places, mollassse dans d'autres ; quelques points sont durs comme du cartilage.

On remarque en outre chez l'enfant un petit angiome siégeant à la racine du nez et qui devient plus saillant pendant les cris.

La présence de cet angiome nasal, l'évolution de la tumeur sus-auriculaire nous font penser que, dans ce cas particulier, nous avons affaire à un angiome profondément modifié dans le sens fibro-kystique.

Opération. — Elle est pratiquée le 26 mars 1906.

La tumeur est circonscrite par une incision en fer à cheval ayant comme centre le pavillon de l'oreille. La

paroi est décollée par dissection vers la région temporale et vers le pavillon de l'oreille.

Il faut sculpter la tumeur au niveau du cartilage du pavillon et du conduit auditif tant elle y est adhérente. Le plan de clivage est plus facile à suivre du côté de la boîte crânienne.

Trois vaisseaux se dirigeant vers la profondeur doivent être liés.

La tumeur était un angiome caverneux, composé d'une série de kystes ayant la forme et la grosseur d'un grain de raisin, les uns isolés, d'autres communiquant les uns avec les autres.

Un petit nombre étaient remplis d'un liquide séreux de couleur jaunâtre. Le plus grand nombre contenaient du sang noir et épais et semblaient séparé depuis longtemps de la circulation générale ; d'autres renfermaient du sang noir plus liquide appartenant encore à la circulation veineuse.

Il s'agissait, en somme, d'un angiome en voie de transformation fibro-kystique, comme on y avait pensé.

Les portions dures, consistantes, cartilagineuses étaient des dilatations variqueuses à parois épaisses et remplies de liquide sanguin.

Il fut facile de rétablir la position et la forme du pavillon de l'oreille, l'hémorragie n'avait pas été très considérable.

La guérison s'obtint par première intention.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous rappellerons brièvement la structure des kystes congénitaux du cou, kystes branchiaux d'un côté, kystes séreux et angiomateux de l'autre.

Le volume des kystes branchiaux est variable. Il peut atteindre les dimensions du poing et plus encore.

On peut trouver de ces kystes branchiaux dans tous les points de la région cervicale ; les uns possèdent une paroi dermoïde, les autres sont des kystes mucoïdes.

La paroi des kystes dermoïdes offre d'assez grandes variétés, tant au point de vue de son aspect extérieur qu'à celui de sa structure.

La surface interne présente le plus souvent l'aspect de la peau ou plutôt celui d'une muqueuse ; tantôt elle est lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt blanchâtre ; d'autres fois elle est inégale, tomenteuse, souvent encore elle est d'un blanc mat, d'apparence plissée.

L'épaisseur de la paroi, tantôt mince et souple, tantôt consistante et épaisse, peut offrir tous les degrés intermédiaires entre ces dispositions opposées. Elle est parfois le siège d'une calcification plus ou moins étendue,

L'épaisseur de la paroi peut du reste varier dans les différents points d'un même kyste. Ainsi, en certains points, on peut rencontrer, au niveau d'épaississements irréguliers, la structure de la peau normale, alors qu'en d'autres endroits, la structure est simplifiée au point que la paroi conjonctive n'est plus revêtue que par un épithélium aplati, qui, à la rigueur, peut même faire défaut.

Le contenu varie suivant la nature de la paroi. Si cette dernière renferme des follicules pileux, on peut trouver alors des poils implantés ou libres dans la cavité. On peut également y rencontrer des petits morceaux d'os, de cartilage, des dents, des lambeaux cutanés avec poils et glandes détachés. Le tout mêlé intimement avec de la matière sébacée, matière qui forme la majeure partie de la poche et qui apparaît sous forme de magma blanchâtre ou jaunâtre ayant la consistance d'une bouillie, ce qui a fait dénommer ces kystes dermoïdes, kystes athéromateux par les Allemands. Ce contenu du kyste prend parfois l'aspect de grumeaux de riz cuit, de matière caséuse.

D'autres fois le contenu de ces kystes est simplement liquide. C'est le cas, en particulier, des kystes désignés sous le nom de kystes huileux. Parfois même on a vu un liquide aussi limpide que l'eau de roche, et certains auteurs ont voulu y rechercher des hydatides.

La structure histologique de la paroi dermoïde présente les caractères généraux du tégument externe.

Le derme a sa structure habituelle, on y voit des fibres musculaires lisses, annexées aux follicules pileux. Les vaisseaux y sont assez développés, mais les nerfs

font ordinairement défaut. Les papilles, quand elles existent, sont irrégulières et de dimensions fort inégales. Elles manquent très souvent, particularité qui imprimerait au derme un caractère fœtal.

L'épiderme se présente aussi avec la couche de Malfighi, formée de cellules polygonales et au-dessus de cellules épithéliales, formant un épithélium pavimenteux stratifié absolument analogue à celui de la peau.

On ne trouve pas souvent de glandes sudoripares, mais on rencontre plus habituellement des poils et des glandes sébacées, exceptionnellement des ongles implantés sur la paroi.

Les kystes mucoïdes ne diffèrent des précédents que par leur paroi. La structure de cette paroi est celle d'une muqueuse, au lieu d'être celle de la peau ou des quelques muqueuses qui en dérivent. Ces kystes sont tapissés par un épithélium cylindrique ou cubique, possédant parfois des cils vibratils, et renferment un contenu filant et muqueux.

Les kystes séreux et angiomateux présentent au point de vue anatomo-pathologique des caractères presque communs qui nous permettent de les ranger dans une même description:

Ces kystes sont exceptionnellement uniloculaires. Le plus souvent ils sont constitués par un très grand nombre de loges, les unes assez considérables, les autres d'un très petit volume. Il existe dans certains cas, des cloisons complètes subdivisant ces masses kystiques en un certain nombre de loges distinctes; souvent aussi il n'existe que de simples trabécules

formant des cloisons incomplètes et permettant la communication entre les différentes loges de la tumeur.

Extérieurement le kyste offre l'aspect d'une masse bosselée constituée par l'agglomération de nombreuses vésicules arrondies, tremblotantes, diversement colorées par leur contenu, et dont le nombre et les dimensions sont fort variables. Lorain cite un cas où il en a vu de quatre-vingts à cent. Lannelongue dit en avoir compté dans un cas 800, sans être arrivé à épuiser toute la tumeur. Leur volume varie des dimensions d'une tête d'épingle à celui d'une noisette, d'une noix, d'un œuf.

La forme de ces tumeurs est très irrégulière. Elles envoient de ci-delà des prolongements qui pénètrent dans les interstices musculaires, le long des gaines vasculaires, allant adhérer parfois à divers organes importants, d'où il résulte des difficultés opératoires sans nombre.

Rarement limités par une membrane cellulo-fibreuse ces kystes sont le plus souvent recouverts par une trame conjonctive plus ou moins lâche et non continue. Ils adhèrent fréquemment aux organes voisins, aux muscles en particulier, qu'ils semblent envahir et pénétrer, sans qu'on puisse trouver de couche celluleuse entre eux et ces organes.

Leur paroi est constituée par du tissu conjonctif, et possède dans son intérieur de nombreux vaisseaux : on y trouve des fibres musculaires disséminées irrégulièrement. Cette paroi est tapissée d'un revêtement endothélial que révèle l'imprégnation au nitrate d'ar-

gent. Le contenu des loges kystiques est le plus souvent une sérosité roussâtre claire, limpide et transparente d'un jaune ambré ou citrin et légèrement verdâtre. Parfois le liquide est absolument incolore, comme l'eau de roche. D'autre fois le liquide est fortement sanguinolent. Il peut même devenir séro-purulent en cas d'inflammation des parois.

Et maintenant quelle est l'origine, la pathogénie de ces différentes variétés de kystes ?

C'est ce dont nous allons nous occuper dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie des kystes congénitaux du cou est encore actuellement remplie d'obscurité.

L'âge pas plus que le sexe, l'hérédité, les traumatismes, ne semble avoir une influence considérable sur le développement embryonnaire qui détermine la formation de ces tumeurs. En effet, les conditions déterminantes de leur formation existent dès la vie intra-utérine et c'est un trouble du développement qui donne naissance à ces affections, qui ne peuvent se révéler parfois qu'à une époque plus ou moins tardive. Le terme congénital signifie que dès la naissance l'organisme réunit toutes les conditions nécessaires pour l'évolution de ces tumeurs et non pas que le sujet en est nécessairement porteur au moment de la naissance.

Inutile donc de nous étendre plus longuement sur l'étiologie des kystes congénitaux et passons de suite à l'étude de leur pathogénie.

I. — Pathogénie des kystes branchiaux

Quelques notions d'embryologie méritent particulièrement de fixer l'attention car la formation et le

développement de ces kystes leur sont intimement liés.

La région du cou, comme la face, se développe, chez tous les vertébrés par bourgeons isolés, séparés les uns des autres par des fentes dites fentes branchiales ; les bourgeons intermédiaires sont les arcs branchiaux, au nombre de quatre chez l'embryon humain.

Le premier arc constitue l'arc mandibulaire qui formera le maxillaire inférieur et possédera dans son épaisseur le cartilage de Meckel.

Le deuxième arc est désigné sous le nom d'arc stylo-stapédien ; il forme l'apophyse styloïde, le ligament stylo-hyoïdien et les petites cornes de l'os hyoïde.

Le troisième arc donne les grandes cornes de l'os hyoïde. Le quatrième forme les parties molles du cou.

Les notions actuelles sur les fentes branchiales diffèrent notablement de celles qui avaient cours jadis.

Anciennement on considérait ces fentes comme établissant une communication entre la cavité buccale et les parties latérales du pharynx. Il en est ainsi chez les poissons. Mais chez les vertébrés supérieurs, HIS a montré en 1881, qu'il s'agit de simples dépressions, de simples sillons, présentant une poche ectodermique, une poche entodermique, et, entre les deux, un simple accollement de l'endoderme et de l'ectoderme, tandis que les arcs branchiaux offrent une substance intermédiaire, mésoblastique, fournissant au développement des différentes parties de la face et du cou.

On explique généralement la formation des kystes branchiaux dermoïdes par la théorie imaginée en Allemagne par REMACK et soutenue en France par VERNEUIL.

et BROCA, et d'après laquelle, il y aurait enclavement de la soudure des bourgeons embryonnaires. Cet accident évolutif peut rester silencieux, passer inaperçu à la naissance et pendant l'enfance et ce n'est que beaucoup plus tard, au moment de l'adolescence, que, sous l'influence du développement général du tégument, les débris ectodermiques ainsi inclus subissent un accroissement qui rend la tumeur plus appréciable qu'elle ne l'était jusqu'alors.

La genèse des kystes mucoïdes n'a pas été aussi facile à expliquer. BOYER s'était demandé, si ces kystes n'étaient pas purement des hygromas, résultant de l'inflammation lente et subaigue d'une bourse séreuse, comme dans l'hygroma prérotulien.

NÉLATON avait bien vu que telle ne pouvait être la pathogénie des kystes muqueux de la région thyroïdienne qui pénètrent parfois jusqu'à la base de la langue. Il supposait que ces kystes, résultaient peut-être de l'inflammation des glandes afférentes de la base de la langue. Mais ce ne furent que les recherches histologiques de HIS qui montrèrent la nature exacte de ces tumeurs.

HIS a montré que les deux premiers arcs branchiaux, arrivent à se rejoindre sur la ligne médiane, tandis que le troisième et le quatrième, restent enfouis dans la profondeur, sans jamais arriver au contact. Il en résulte, ce qu'on appelle le champ mésoblastique, de forme triangulaire, à sommet tourné en haut, à base inférieure.

En examinant les arcs branchiaux par leur face profonde, on constate, à l'union des arcs un et deux,

une petite saillie, appelée tubercule impair, qui n'est autre chose que le rudiment de la langue, dont il formera la partie antérieure horizontale ou la pointe. Ce tubercule se réunira plus tard aux deux tubercules postérieurs, constituant la partie postérieure verticale ou la base de la langue ; or entre tubercule antérieur et les deux postérieurs, existe le foramen cœcum, point de départ des papilles caliciformes. Un peu plus bas, au niveau du troisième arc branchial, on voit se former, par invagination, la glande thyroïde. HIS a montré, que, dans les premiers stades du développement, existe un cordon épithélial qui relie cette poche, rudiment du corps thyroïde, à la base de la langue ; ce cordon a été nommé conduit thyroéglasse ; ce serait là l'origine des kystes mucoïdes de la région thyroïdienne.

Le conduit thyroéglasse passe en arrière de l'os hyoïde, et habituellement il reste adhérent à cet os ; il est souvent bifurqué et présente même des prolongements multiples. C'est ce qui explique les difficultés de l'extirpation complète de ces kystes et la fréquence de leurs récurrences à la suite de leur ablation.

FORGUE et MASSABEAU, dans un récent article, se sont élevés contre cette conception simpliste, de la pathogénie des kystes branchiaux, conception qui ne rend pas compte, à leur avis, de la présence dans certains kystes, de tissu lymphoïde sous-jacent à l'épithélium.

En effet, le mésoderme, qui doit donner naissance à ce tissu lymphoïde, n'existe nullement dans les débris enclavés suivant la théorie classique.

D'après TERRIER et LECÈNE, qui reprennent la théorie

de PILLIET, ces kystes désignés sous le nom de kystes dermo-lymphoïdes, d'amygdaloïdes, seraient très fréquents. Ils auraient une origine pharyngienne entodermique, et seraient dus au pincement, puis au développement ultérieur d'un des diverticules de la paroi pharyngienne primitive, au point où elle donne naissance à l'amygdale, c'est-à-dire, entre le troisième et le quatrième arc branchial.

COLTELLONI, dans une thèse inspirée par LECÈNE cite à l'appui de cette théorie le fait de BOTTINI de Milan, où l'on saisit presque sur le fait l'isolement d'un diverticule de la paroi pharyngienne :

Il s'agissait d'un homme de 42 ans, porteur d'une tumeur, ayant l'apparence d'un kyste, dans la région carotidienne gauche. L'extirpation fut très pénible à cause des adhérences au pharynx. Or ce kyste contenait dans son intérieur, une bouillie très fétide, dans laquelle, à l'examen microscopique, on reconnut des débris alimentaires, en particulier des fibres musculaires striées. Il y avait donc une communication avec le pharynx passée inaperçue. La paroi montra un épithélium pavimenteux stratifié, reposant sur une couche de tissu lymphoïde, absolument comme la muqueuse normale du pharynx, dans la région où se développent des formations amygdaliennes.

Il existe des cas plus complexes encore, comme celui de NEUMANN et BAUMGARTEN. La paroi du kyste présentait en certains endroits un épithélium pavimenteux stratifié, sur une couche de tissu lymphoïde, tandis qu'en d'autres points il y avait un épithélium cylindrique cilié.

Cependant, il n'est pas nécessaire d'admettre, pour le développement de ces tumeurs, avec PILLIET et LECÈNE, que ces kystes soient dus à la portion exacte des débris branchiaux, qui doit donner naissance à l'amygdale. Il serait plus simple d'admettre, avec MAS-SABUAU, l'enclavement d'une portion de la partie externe ectodermique de la fente branchiale doublée d'une petite masse de mésoderme dont le tissu lymphoïde dérive.

Toutes ces explications, néanmoins, reposent sur la théorie branchiale, telle que nous l'avons présentée au cours de la pathogénie.

II. — Pathogénie des kystes séreux et angiomateux

Toute autre est la pathogénie des kystes séreux et angiomateux. Encore cette pathogénie est-elle aujourd'hui, incomplètement élucidée.

On avait tout d'abord songé, vu les rapports intimes qui existent entre certains de ces kystes et les glandes salivaires, à en faire de véritables kystes de ces glandes, des variétés de grenouillettes en quelque sorte (REDEX-BACHER) ; on les a rattachés également, au ganglion intercarotidien d'ARNOLD. Or les kystes congénitaux, séreux ou angiomateux, peuvent se développer loin des organes précédents, et même en dehors de la région cervicale.

Deux opinions méritent d'être discutées, c'est le dé-

veloppement aux dépens du système lymphatique, ou aux dépens du système sanguin.

A notre avis, les kystes séreux proprement dits, auraient une origine lymphatique. Ce seraient des lymphangiomes.

Les kystes angiomateux auraient une origine sanguine. Ce seraient des angiomes, mais des angiomes ayant subi une transformation kystique.

La théorie lymphatique des kystes séreux, admise par WEGNER, MIDDELDORF, LANNELONGUE, KAREWSKI, etc., s'appuie sur la coïncidence fréquente d'un lymphangiome simple, comme celui qui donne naissance à la macroglossie, ou d'un lymphangiome ganglionnaire, avec un kyste séreux congénital du cou.

Il semble d'ailleurs, que l'examen de l'endothélium qui tapisse la paroi kystique doive trancher la question ; mais cet endothélium ne présente pas les dentelures caractéristiques de l'endothélium lymphatique. Il n'en est pas moins vrai que cette forme particulière de l'endothélium n'est pas constante dans le système lymphatique. La forme de l'endothélium ne suffirait donc pas à affirmer la nature lymphatique des cavités kystiques et ne permettrait pas de résoudre la question.

D'après WEGNER, les kystes séreux se développeraient suivant trois modes : 1^o par dilatation des canaux lymphatiques préexistants, à la suite d'oblitération des vaisseaux plus volumineux ; 2^o par prolifération de l'endothélium des parois ; 3^o par formation de cavités lymphatiques nouvelles dans un tissu de granulation.

La pathogénie des kystes angiomeux serait tout autre. Ces tumeurs seraient dues à une anomalie dans l'évolution du système vasculaire, le plus souvent sur le trajet des fentes branchiales, anomalie conduisant tout d'abord à la formation d'angiomes qui, plus tard, subiraient la transformation kystique.

Les angiomes peuvent en effet subir spontanément des modifications qui leur enlèvent presque totalement leurs symptômes de tumeurs sanguines. Du tissu graisseux et du tissu fibreux les envahissent et les transforment en fibro-lipomes. Le sang qui remplit les veines dilatées, se coagule et peut même se transformer en amas fibro-calcaires ressemblant à des calculs. On a aussi signalé la transformation possible des angiomes congénitaux, partiellement en kystes séreux. Le professeur LANNELONGUE pense, que dans ces cas, il s'agit plutôt d'une tumeur mixte composée d'angiomes sanguins et de lymphangiomes kystiques associés dans une seule et même grosseur.

Ces angiomes primitivement en communication avec la circulation intracrânienne, se sont développés, comme LANNELONGUE l'a fort bien établi, pendant la vie embryonnaire au niveau des sutures crâniennes, alors qu'il n'existait encore aucun tissu osseux, qui l'empêchât d'envoyer de grosses veines émissaires, dans les sinus dure-mériens. L'ossification survenant, ne s'est pas faite ou bien s'est faite incomplètement à leur niveau, en conservant ainsi la communication plus ou moins large entre l'angiome extracrânien et les sinus.

Ces connexions de l'angiome avec la circulation

intracrânienne, peuvent ne plus exister à un certain moment que d'une façon très imparfaite, et, l'angiome isolé de plus en plus, finit par subir les transformations précitées. Certaines loges de la tumeur s'isolent ainsi du torrent circulatoire ; le sang contenu s'y transforme et devient ainsi le point de départ des kystes angiomateux.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes congénitaux du cou ont en général des caractères peu marqués dans les premiers temps de la vie. L'affection évolue en effet d'une façon lente et le plus souvent indolente, et, ce n'est que vers l'adolescence, au moment de la puberté, que le kyste prend généralement un développement particulier et qu'on vient consulter.

Nous envisagerons d'une part, la symptomatologie des kystes branchiaux, d'autre part, celle des kystes séreux et angiomateux, ces derniers offrant avec les kystes séreux des caractères communs.

A. — Kystes branchiaux

On peut trouver des kystes d'origine branchiale dans tous les points de la région cervicale, que ces kystes appartiennent à la variété dermoïde ou mucoïde.

Les kystes dermoïdes peuvent être distingués en kystes latéraux et médians.

Les kystes latéraux ont un siège variable. Ils occupent généralement la région sterno-mastoïdienne à

diverses hauteurs, et, le plus souvent sont situés sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, s'étendant plus ou moins profondément, parfois jusqu'à la colonne vertébrale, ou vers le pharynx, adhérant quelquefois à la gaine des gros vaisseaux, d'où difficultés opératoires et possibilité d'hémorragie.

Les kystes dermoïdes de la région médiane ont été eux-mêmes subdivisés en sus et sous-hyoïdiens.

A la région sus-hyoïdienne, ils forment des tumeurs dessinant parfois un relief marqué du côté du plancher buccal, pouvant ainsi être confondus avec les différentes variétés de grenouillettes.

A la région sous-hyoïdienne, ils suivent le trajet de la quatrième fente branchiale, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien. En somme, il ne sont pas exactement médians et peuvent se confondre avec les kystes latéraux proprement dits, et, comme eux, peuvent affecter des connexions intimes avec les gros vaisseaux du cou. Ils adhèrent parfois à l'os hyoïde ou à l'apophyse styloïde en présentant quelquefois une forme allongée, que LARREY signala pour la première fois, les désignant sous le nom de kystes canaliculés du cou. Le volume de ces kystes dermoïdes varie dans d'assez fortes proportions, depuis les dimensions d'un pois, d'une noisette, à celles du poing. Leur forme est également inconstante. Ces tumeurs sont de consistance molle et pâteuse, conservant l'empreinte du doigt : elles sont irréductibles, et, le plus souvent, mobiles sous la peau.

Les kystes mucoïdes se présentent cliniquement sous la forme de tumeurs occupant généralement la région

médiane, soit au niveau de l'angle supérieur du cartilage thyroïde, soit au niveau de la membrane thyroïdienne. Ils sont généralement de forme arrondie ou légèrement oblongue, parfaitement mobiles sous la peau ; celle-ci peut-être plissée comme à l'état normal, et on peut se rendre compte qu'elle n'adhère nullement à la tumeur. Quand, au contraire, on recherche les connexions de la tumeur avec les parties profondes, on voit qu'elle est intimement unie au corps de l'os hyoïde et à la membrane thyro-hyoïdienne.

Pour cet examen on saisit la tumeur entre les doigts tandis qu'on engage le malade à faire des mouvements de déglutition. On s'aperçoit alors que la tumeur est entraînée en haut, en même temps que l'os hyoïde et la base de la langue.

Les symptômes fonctionnels des kystes branchiaux sont à peu près nuls au début. Ils ne provoquent des phénomènes de compression que s'ils sont assez volumineux, et s'ils ont contracté des adhérences profondes.

Cette compression peut amener des troubles sensitifs, de la douleur, si une branche nerveuse est atteinte. Elle peut de même entraîner de la gêne à la déglutition, à la phonation, à la respiration, entraînant de la dyspnée des suffocations.

La compression des vaisseaux du cou, de la veine jugulaire interne en particulier, peut déterminer de la congestion de la face.

Quand ces kystes s'enflamment et contractent des adhérences avec la peau, ils donnent lieu quelquefois à des fistules permanentes. Néanmoins l'état général du sujet reste bon.

B. — Kystes séreux et angiomateux

Ils sont uni et multiloculaires, le plus souvent multiloculaires. Leur siège habituel est sur les parties antérieures et latérales du cou. Les kystes de la région sous-maxillaire seraient les plus fréquents.

Leur caractéristique est de s'infiltrer de proche en proche dans les tissus voisins, tout comme un néoplasme. C'est ainsi que, partis de la région parotidienne ou sous-maxillaire, ils peuvent gagner d'avant en arrière la région de la nuque : d'autrefois ils passent sous la clavicule, et arrivent dans le médiastin. A noter parfois leur adhérence très intime avec la gaine des gros vaisseaux du cou, adhérence que nous avons déjà signalée à propos des kystes dermoïdes, en particulier avec la veine jugulaire interne, d'où il résulte des dangers d'hémorragie, en cas d'extirpation de ces tumeurs.

Leur forme est variable, généralement arrondie et bosselée ; leur périphérie ne présente souvent pas de contours bien définis.

La peau qui recouvre le kyste est le plus fréquemment à peu près normale et plus ou moins distendue, sillonnée quelquefois de veinosités bleuâtres. Elle peut présenter en certains endroits de la tumeur, un aspect demi-transparent et un reflet bleuâtre. Sa mobilité sur la tumeur est la règle, sauf en cas de distention énorme, d'inflammation chronique.

Au toucher la consistance de ces kystes est généralement spongieuse, mollassse, quelquefois élastique et

rénitente, fluctuante, inégale en certains cas, inégalités dues aux cloisons et aux brides qui les divisent, et donnant parfois la sensation de petits nodules résistants, constitués par de petites masses cartilagineuses, de simples épaissements fibreux, ou de petits grains kystiques.

La compression de la tumeur n'amène ordinairement aucune diminution de volume, sauf en cas de prolongement dans l'intérieur du thorax. On peut alors réduire la tumeur par compression. Le contenu quitte certaines loges du kyste et va en d'autres points ; c'est là une fausse réductibilité.

À l'auscultation on ne perçoit pas l'existence de souffle. Les cris, les efforts sont, en règle générale, sans influence sur la tumeur kystique, ce qui la distingue de l'angiome.

Les signes fonctionnels sont à peu près identiques à ceux fournis par les kystes branchiaux.

La douleur spontanée ou provoquée par la pression est nulle, hormis les cas d'accidents inflammatoires et de distension énorme.

Ces tumeurs, néanmoins, peuvent déterminer des troubles fonctionnels assez marqués par leurs prolongements sous le plancher buccal et autour du pharynx et de la trachée.

Ces troubles consistent en une gêne de la respiration et de la déglutition, dus principalement au refoulement de la base de la langue et de l'épiglotte, en une congestion de la face par compression de la veine jugulaire interne.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Les kystes congénitaux du cou doivent être distingués en première ligne des autres tumeurs de la même région.

On ne les confondra point tout d'abord avec les sarcomes, dont l'évolution est très rapide et qui altèrent promptement l'état général. Les points relativement ramollis et durs de ces sarcomes tendraient à les rapprocher des kystes dermoïdes et, bien souvent, l'examen histologique est nécessaire à élucider le diagnostic. D'un autre côté, les sarcomes sont plus rapidement douloureux.

On ne confondra point non plus ces kystes congénitaux avec les épithéliomas branchiaux, à évolution si rapide, amenant une cachexie précoce, ayant au début une dureté ligneuse, gagnant promptement la peau qui ne tarde pas à rougir à son niveau. Ils s'accompagnent fréquemment de douleurs irradiées vers le bras ou la tempe.

Les lipomes diffus congénitaux présentent parfois une certaine ressemblance avec les kystes séreux ; pourtant leur consistance est, en général, plus grande

et les lobules forment dans leur ensemble une masse plus homogène. De plus, on n'y reconnaît pas de fluctuation, et la surface des lipomes montre d'habitude ces adhérences cutanées, d'aspect gaufré, qui lui sont propres.

Il arrive que l'on confonde ces kystes avec des abcès froids ganglionnaires, et, s'ils sont fistulisés, avec les fistules tuberculeuses, d'autant plus qu'il peut y avoir des adénites concomitantes.

L'évolution fixera le diagnostic. S'il y a un état inflammatoire des ganglions, cet état passé, la tumeur reste. D'ailleurs, l'aspect général de l'enfant porteur de kyste, florissant la plupart du temps, permettra d'éliminer le diagnostic de ganglion bacillaire suppuré ou de toute autre lésion tuberculeuse.

On différenciera facilement un kyste congénital d'avec un anévrisme de la carotide, dont les symptômes caractéristiques sont les battements, les frémissements, la réductibilité.

Les grenouillettes avec lesquelles les kystes congénitaux du cou étaient jadis confondus, s'en distinguent par certains caractères. Les kystes ne sont guère limités au plancher buccal, et, lorsqu'ils font saillie sous la langue, ils apparaissent aussi au-devant du cou, avec leurs caractères cliniques.

Mais le diagnostic le plus compliqué est celui d'avec les tumeurs de la glande thyroïde. Les tumeurs kystiques du corps thyroïde suivent les mouvements d'élévation du larynx pendant la déglutition ; elles siègent surtout sur la partie médiane du cou ; elles s'accompagnent habituellement d'une tuméfaction gé-

nérale du corps thyroïde tout entier et présentent une consistance plus ferme que nos kystes congénitaux du cou.

Enfin, elles n'offrent pas ces prolongements diffus des kystes congénitaux, en particulier des kystes séreux.

En cas de tumeur dans un lobule thyroïdien aberrant, le diagnostic est presque impossible d'ailleurs.

Quant au diagnostic de la variété de kyste congénital du cou à laquelle on a à faire, il est parfois difficile à obtenir, quelquefois même impossible.

Les kystes séreux et angiomateux existent habituellement dès la naissance. Ils sont multiloculaires, à l'encontre des kystes dermoïdes et mucoïdes, qui sont uni ou pauciloculaires.

La translucidité plus ou moins grande des kystes séreux et angiomateux, leur fluctuation plus nette, leur réductibilité partielle peuvent, en somme, ne constituer que des symptômes à l'état d'ébauche, et bien souvent la ponction exploratrice, l'examen histologique du contenu et de la paroi sont nécessaires pour un diagnostic exact.

Ce diagnostic, du reste, est sans importance, puisque de toute façon, le traitement est le même; un diagnostic exact n'ayant de réelle valeur, au point de vue thérapeutique, que pour les différents cas de tumeurs cervicales, envisagées plus haut.

Le pronostic des kystes congénitaux du cou est d'une façon générale, bénin. Ils peuvent à un certain moment, notamment à l'époque de la puberté, prendre un développement tel qu'ils puissent être passibles,

d'une intervention chirurgicale, par les troubles fonctionnels qu'ils déterminent. Mais, en somme, l'état général de l'individu qui en est porteur est le plus souvent excellent et l'existence de ces tumeurs n'a rien qui puisse rendre fâcheux le pronostic.

TRAITEMENT

Quels sont les procédés opératoires, auxquels l'on peut avoir recours, quand on se trouve en présence d'un kyste congénital du cou ?

L'extirpation méthodique de la tumeur, qu'il s'agisse d'un kyste branchial, séreux, ou angiomateux, est le mode de traitement le plus rationnel, le procédé de choix.

Cependant l'âge, le sexe du sujet, la variété de kyste à laquelle on a à faire, son volume, sa tolérance plus ou moins grande, sont autant d'indications à envisager avant de prendre une résolution quelconque.

Un tout jeune enfant n'est pas susceptible de supporter impunément les frais d'une opération sanglante. Il est préférable en ce cas, de s'abstenir et d'attendre pour intervenir qu'il ait atteint l'âge de deux ou trois ans.

Chez une fillette, en dehors des cas de nécessité urgente, il sera sage, au cas où elle se trouverait porteur, d'une fistule à sécrétion minime, ou d'un kyste peu volumineux, par celà même peu encombrant, d'être radical le moins possible, afin de ne point lui donner, par la cicatrice d'une plaie opératoire, un cachet dis-

gracieux, plus disgracieux peut-être que la fistule ou le kyste lui-même.

On n'aura pas à entrer dans ces dernières considérations à l'égard des garçons. Chez eux, l'intervention est de règle et sera pratiquée vers l'âge de deux ou trois ans, ou plus tard, si le kyste apparaît tardivement.

A quel procédé donnerons nous la préférence ?

1^o Sil s'agit d'une **Fistule** consécutive à un kyste branchial, on peut avoir recours à différents procédés : les injections caustiques et les cautérisations, les injections irritantes, l'extirpation totale ou partielle.

Les injections caustiques ne sont pas sans dangers : DZONDI cite le cas d'une fillette de trois ans à laquelle il avait injecté du nitrate acide de mercure dans une fistule cervicale et qui succomba en l'espace de sept jours.

Le cautère est moins dangereux ; on obtient quelques succès par l'enfoncement de stylets ou de fils rougis dans les trajets fistuleux.

Comme injections irritantes, on a surtout préconisé les injections d'iode. Mais ce procédé n'est pas toujours suivi de résultats satisfaisants, et peut entraîner des accidents assez sérieux, la transformation par exemple, d'une fistule borgne en fistule complète.

Reste l'extirpation totale, qui, d'ailleurs est le procédé de choix. Une dissection fine, pratiquée antiseptiquement, vient, le plus souvent, parfaitement à bout de ces fistules. Pour mener à bien cette opération, on introduira d'abord, suivant le manuel indiqué par SARRAZIN, une sonde qui servira de conduite et autour de laquelle on fera la dissection, tout en prenant bien

soin, de pousser cette sonde conductrice bien au fond du trajet et d'extirper entièrement le cul-de-sac épidermique. En cas d'impossibilité, on se contentera de faire une excision partielle, suivie de cautérisation, procédé qui a valu à WEISSLECHNER de nombreux succès.

2° Pour les **kystes branchiaux**, on peut, comme pour les fistules, chercher à détruire la muqueuse de la poche à l'aide d'injections irritantes. L'incision de la poche une fois faite, son contenu évacué, on peut y injecter une solution de teinture d'iode, ou de nitrate d'argent par exemple. Mais c'est là une méthode peu efficace. Le seul traitement vraiment rationnel est l'extirpation, autant que possible.

Si les kystes médians ne présentent, à cet effet, que de légères difficultés, il n'en est pas toujours ainsi des kystes latéraux, où le voisinage des organes importants du cou, en particulier des vaisseaux, carotides, veine jugulaire interne, rend l'opération pénible. Il y a, dans ces cas, danger d'hémorragie et bien souvent, on a dû réséquer, entre deux ligatures, la jugulaire interne. Cependant, si l'on juge impossible une extirpation totale, on se contentera de réséquer une partie de la poche et de cureter et cautériser la partie subsistante que l'on suture à la peau.

3° Lorsqu'on a à faire à un **kyste séreux**, on se tracera une ligne de conduite suivant l'âge de l'enfant, comme il en a déjà été question au début de ce chapitre, suivant son état de santé, le volume de la tumeur et les accidents qui en résultent.

S'il n'y a pas à craindre d'accidents graves, on n'opè-

ra pas avant que l'enfant soit en âge et en état de supporter les frais de l'opération; surtout si la tumeur est volumineuse, à prolongements multiples, demandant une opération de longue durée et ne pouvant, pour ces raisons, être pratiquée que sur un sujet vigoureux. Cependant, en cas d'urgence évidente, d'accidents de compression dus à un rapide développement de la tumeur, on n'hésitera pas à intervenir.

On pourra pratiquer la ponction simple, procédé palliatif, à employer principalement chez les très jeunes enfants, et destiné à combattre les accidents de compression, en diminuant le volume de la tumeur. CÉSAR HAWKINS, DEVALZ, GOSSELIN, s'en sont bien trouvés, dans les différents cas qu'ils ont traités de la sorte. Il faut avoir soin d'être rigoureusement aseptique, pour éviter l'infection de ces kystes.

On pourra également faire usage des injections de teinture d'iode, applicables aux kystes uniloculaires ou pauciloculaires, mais susceptibles de provoquer des accidents (SÉDILLOT), de même que l'injection de chlorure de zinc employée par PINNER.

On a encore essayé l'électrolyse de ces kystes séreux, mais sans bons résultats.

L'*Extirpation* est encore ici la méthode de choix. Elle peut être rendue laborieuse par les adhérences du kyste avec les gros vaisseaux du cou, par ses prolongements profonds, nombreux. Elle demande une dissection minutieuse et prudente.

Au cas où l'extirpation complète du kyste serait impraticable, on pourra, suivant les conseils de LAN-NELONGUE, l'extirper partiellement, laisser en place ce

qui n'aura pas été susceptible d'être enlevé, bourrer la poche de gaze salolée ou iodoformée, de sorte qu'un accollement trop précoce des parois kystiques, n'amène point une récurrence de la tumeur.

4^o Enfin les **angiomes kystiques** sont passibles de trois sortes de traitements principaux : le bistouri, le feu, l'électrolyse.

Au cours de ces dernières années, le bistouri a repris, sous le couvert de l'antisepsie, dans le traitement des tumeurs érectiles, la place que lui avait donnée Ambroise PARÉ.

L'angiectomie en effet est l'intervention de choix, celle qui donne le meilleur résultat définitif. Elle est rapide, indolore, elle n'est pas aveugle et permet de ménager au maximum les organes si importants de région cervicale, avantages que les autres méthodes ne possèdent pas.

Les principaux obstacles à l'extirpation totale de ces tumeurs sont : l'hémorragie due au voisinage, aux connexions intimes que ces angiomes kystiques peuvent affecter encore avec le système vasculaire du cou, les lésions possibles des branches nerveuses essentielles du cou, qui contractent souvent des rapports étroits avec les tumeurs.

Cependant, abstraction faite de ces difficultés, il est certain qu'en principe, toutes les fois que le chirurgien aura reconnu l'existence d'un angiome kystique cervical, c'est à l'extirpation qu'il devra songer tout d'abord. Une seule restriction s'impose, relative au jeune âge des malades, car toute perte de sang est grave chez les tout jeunes enfants et toute interven-

•

tion sur une tumeur vasculaire expose à une perte sanguine.

L'angiectomie a surtout son utilité dans les cas d'angiomes kystiques, car ici l'élément vasculaire a notablement diminué : la tumeur est assez bien circonscrite et il est possible de trouver à la périphérie de la tumeur, une voie peu vasculaire, un plan de clivage ; c'est alors à la dissection fine qu'on s'adresse ; faite à petits coups de sonde, elle permet de séparer la tumeur des organes voisins, notamment des gros vaisseaux.

Au cas où il subsisterait encore des relations étroites de la tumeur kystique avec la circulation, on suivrait la méthode proposée par HUETER : découverte de la tumeur, série de ligatures de catgut en chaîne sur la portion adhérente à la jugulaire, puis résection de la tumeur.

Cette extirpation est parfois rendue impraticable par l'hémorragie ou par l'étendue insolite de la tumeur, et, force est souvent de laisser en place des parties plus ou moins considérables de celle-ci.

Pour détruire complètement ces débris d'angiomes kystiques, foyers de récidives possibles, nous avons deux moyens, non pas de choix, mais adjuvants du traitement opératoire : l'ignipuncture et l'électrolyse.

L'électrolyse est une méthode qui demande une longue durée de traitement et qui de plus, n'est pas aussi indolore qu'on a voulu le dire : la douleur apparaît surtout au moment de la fermeture et de la rupture du courant, mais persiste encore pendant toute la durée de l'opération.

D'un autre côté, cette méthode, si elle arrête les progrès des angiomes kystiques, si elle les fait rétrograder, ne ramène cependant pas à l'intégrité absolue ; elle est même parfois sans effet, malgré une application patiente et méthodique.

L'ignipuncture constitue une intervention simple, n'exigeant pas toujours l'anesthésie et donnant parfois des succès. Elle comporte cependant certains inconvénients : tout d'abord la lenteur du traitement, puis l'apparition d'hémorragies ennuyeuses lors des premières applications de l'anse galvanique, la persistance au cou de cicatrices très visibles, la nécessité d'une surveillance parfaite des eschares, pour prévenir les suppurations graves ou étendues : enfin l'action du feu est aveugle, et peut nuire aux organes si importants et si nombreux de la région cervicale.

En somme on aura recours à ces deux procédés à la suite d'extirpation incomplète d'angiomes kystiques, pour activer la régression des parties non enlevées.

L'électrolyse peut encore rendre des services chez les tout jeunes enfants, chez lesquels on doit craindre les conséquences d'une spoliation sanguine ; l'électrolyse en ralentissant la marche de l'affection, permettra d'attendre le moment favorable pour une intervention plus radicale.

Nous ne parlerons pas du procédé qui consiste à injecter un liquide coagulant au sein de la tumeur, car les dangers de cette méthode sont réels, malgré les bons résultats obtenus par certains chirurgiens, TUFFIER en particulier.

En somme des quatre procédés indiqués, les injec

tions coagulantes sont à rejeter ; l'ignipuncture et l'électrolyse peuvent être, dans certains cas exceptionnels, des adjuvants utiles ; l'extirpation totale ou partielle de la tumeur kystique est l'intervention de choix, du fait de son innocuité, de son efficacité presque constante, et aussi de l'avantage incomparable qu'elle possède sur les méthodes aveugles, en ce qu'elle permet de ménager au maximum les organes si importants de la région cervicale.

CONCLUSIONS

Parmi les kystes congénitaux du cou, kystes qui peuvent ne se développer qu'après la naissance, nous avons rencontré dans le service de clinique chirurgicale infantile :

1° Des kystes branchiaux, en général petits, durs ou peu mollasses, siégeant sur la ligne médiane ou le long du sterno-mastoïdien. Ils sont attribués aux enclavements des fentes branchiales et au conduit thyroglosse.

2° Des kystes séreux, de gros volume, fluctuants, réductibles partiellement, situés sur les parties latérales et inférieures du cou ; on les attribue à des malformations du système lymphatique.

3° Des kystes angiomateux, se présentant sous forme de grains de raisins disséminés dans un angiome vrai. Ils sont les produits de l'altération de l'angiome et siègent près de la parotide ou du côté de l'apophyse mastoïde.

Le traitement de choix de toutes ces tumeurs est l'extirpation totale.

Elle peut être contrindiquée par les difficultés de

l'opération, par le jeune âge du sujet et par la crainte de la cicatrice chez une fillette. Dans ce dernier cas on choisit, soit l'abstention, soit l'extirpation partielle avec curage du trajet restant, ou sa cautérisation ; ou bien le bourrage avec de la gaze aseptique ; procédés qui peuvent amener la guérison des kystes branchiaux ou séreux.

Vu :

Nancy, le 25 février 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. HERGOTT.

Vu :

Nancy, le 26 février 1909

LE DOYEN,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 27 février 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Bulletin de la Société anatomique, 1882.
- BOSTINI. — La Chirurgica del collo, Milano, 1896, page 34
- BROCA (A.). — Article in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus (2^e édition, Paris, 1898).
- CHEVASSU. — Thèse de Paris, 1906 (théorie blastomérique).
- COLTELLONI. — Thèse de Paris, 1905.
- CUSSET. — Thèse de Paris, 1877.
- DESSAUER. — Thèse de Berlin, 1879. Résumé in Jahresbericht von Rud. Virchow und Hirsch.
- DUPIRE (Fernand). — Thèse de Lille, 1907. Contribution à l'étude des angiomes fissuraux. Angiomes profonds du cou.
- FERRY. — Thèse de Montpellier, 1907. Contribution à l'étude des kystes congénitaux du cou. Kystes dermo-lymphoïdes.
- FORGUE et MASSABUAU. — Comment se pose actuellement la question des tumeurs branchiogènes du cou, in Province médicale, 15 février 1908
- HEUSINGER. — Archiv. phys., page 184, t. XXXIII.
- HIS. — Archives d'Anatomie et de Physiologie.
- JEANBRAU. — Du tissu lymphoïde dans les kystes dermoïdes du cou. Société anatomique, juin 1900.
- JORDAN. — Handbuch der praktischen Chirurgie von Bergmann, Bruns, Mickulicz Bd II, page 118.
- KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.
- KOLLIKER. — Traité d'Embryologie.
- KOLLMANN. — Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen, 1898, page 136.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, 1886-90.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Paris, 1891.

ALEXIS LE GLAND. — Thèse de Lille, 1908. Contribution à l'étude des kystes congénitaux du cou, contenant dans leur paroi du tissu lymphoïde.

LUCKE. — Archiv. für Klin. chirurgie, t. 1, p. 356.

NEUMANN et BAUMGARTEN. — Archiv. für Klin. chirurgie, 1877, t. XX, p. 819.

PILLIET. — Deux cas de kystes dermo-lymphoïdes du cou. *In* Bulletin de la Soc. Anat. de Paris, 1889, t. III, ser. V, p. 381.

MAX-SCHÈDE. — Archiv. für Klin. chirurgie, 1872, t. XIV, p. 1.

M^{lle} SULICKA. — Thèse de Paris, 1894. Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou.

SULTAN. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1898. Bd. 48, p. 113.

TERRIER et LECÈNE. — Les kystes branchiaux du cou à structure amygdaloïde. *In* Rev. de Chirurgie, 1905. T. XXXII, p. 757.

WALTER (Charles). — Article, *In* Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, 2^e édition. Paris 1898.

VEAU (Victor). — Thèse de Paris, 1901.

ZOPPRITZ. — Beitrage zur Klinischen, Chirurgie, von Bruns.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	5
INDICATION. — DIVISION DU SUJET.....	7
CHAPITRE I. — Observations.....	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	25
CHAPITRE III. — Etiologie, Pathogénie.....	31
CHAPITRE IV. — Symptômatologie.....	41
CHAPITRE V. — Diagnostic, Pronostic.....	49
TRAITEMENT.....	51
CONCLUSIONS.....	59
BIBLIOGRAPHIE.....	61
TABLE DES MATIÈRES.....	63

